



1~5 세 아동을 위한 WIC 영양 평가

아동 성명:	연령: <input checked="" type="checkbox"/> 개월 수 <input type="checkbox"/> 12-23 <input type="checkbox"/> 24-59	완료 일자:
<p>1. 귀하의 자녀가 특별식을 섭취합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 [341-362] [425.6] 예라고 답하였다면, 다음 중 선택해 주십시오. <input type="checkbox"/> 채식 <input type="checkbox"/> 절대 채식 <input type="checkbox"/> 저 칼로리/체중 감소..... <input type="checkbox"/> 매크로바이옴 예라고 답하였다면, 해당 식이 요법과 관련된 의학적 조건이 있습니까?..... <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p>		
<p>2. 다음 중 귀하의 자녀가 먹는 음식은 무엇입니까? (해당되는 항목을 모두 선택하십시오) [425.5] <input type="checkbox"/> 생과일 또는 야채 압착 주스 <input type="checkbox"/> 조리하지 않은 런천 미트, 델리 미트, 핫도그 <input type="checkbox"/> 날것 또는 덜익은 고기, 생선, 닭고기, 터키 또는 계란 <input type="checkbox"/> 저온 살균을 하지 않은 (농장에서 바로 만든) 유제품 <input type="checkbox"/> 페타(Feta), 브리(Brie), 카망베르(Camembert), <input type="checkbox"/> 생 새싹 (알팔파, 클로버, 콩, 무) 푸른반점치즈(blue-veined cheese), 퀘소 블랑코(Queso blanco), <input type="checkbox"/> 위에 해당 사항 없음 퀘소 프레스코(Queso fresco)와 같은 소프트 치즈,</p>		
<p>3. 귀하의 자녀가 정기적으로 음식이 아닌 것을 섭취합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 [425.9] 예라고 답하였다면, 해당되는 항목을 모두 선택하십시오. <input type="checkbox"/> 재 <input type="checkbox"/> 점토 <input type="checkbox"/> 페인트 칩 <input type="checkbox"/> 카펫 섬유 <input type="checkbox"/> 먼지 <input type="checkbox"/> 종이 <input type="checkbox"/> 녹말가루 (세탁용 또는 옥수수 전분) <input type="checkbox"/> 담배 또는 담배 껍초 <input type="checkbox"/> 스펀지 고무 <input type="checkbox"/> 흙 <input type="checkbox"/> 기타: _____</p>		
<p>4. 귀하의 자녀는 보통 하루에 과일을 얼마나 자주 먹습니까?..... <input type="checkbox"/> 5 번 이상 <input type="checkbox"/> 4 번 <input type="checkbox"/> 3 번 <input type="checkbox"/> 2 번 <input type="checkbox"/> 1 번 <input type="checkbox"/> 안먹음</p>		
<p>5. 귀하의 자녀는 보통 하루에 야채를 얼마나 자주 먹습니까?..... <input type="checkbox"/> 5 번 이상 <input type="checkbox"/> 4 번 <input type="checkbox"/> 3 번 <input type="checkbox"/> 2 번 <input type="checkbox"/> 1 번 <input type="checkbox"/> 안먹음</p>		
<p>6. 귀하의 자녀는 어떤 형태의 우유를 마십니까? [425.1][425.8] <input type="checkbox"/> 모유 <input type="checkbox"/> 포뮬러(이름) _____ <input type="checkbox"/> 우유(젖소) <input type="checkbox"/> 산양유 <input type="checkbox"/> 라이스 밀크 또는 아몬드 밀크 <input type="checkbox"/> 두유 <input type="checkbox"/> 무유당 우유(Lactose Free Milk) <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 기타 _____ 귀하의 자녀가 마시는 우유는 어떤 종류입니까? <input type="checkbox"/> 무지방 (탈지유) <input type="checkbox"/> 저지방 (1%) <input type="checkbox"/> 지방 감량 (2%) <input type="checkbox"/> 전유 <input type="checkbox"/> 해당 사항 없음</p>		
<p>7. 귀하의 자녀는 보통 하루에 주스, 과일/스포츠 드링크, 보통의 팝/소다, 스위트 티 및/또는 콜 에이드 또는 설탕이 첨가된 물을 얼마나 자주 마십니까?..... [425.2][425.3] <input type="checkbox"/> 4 번 이상 <input type="checkbox"/> 3 번 <input type="checkbox"/> 2 번 <input type="checkbox"/> 1 번 <input type="checkbox"/> 안 마심 귀하의 자녀는 보통 하루에 다이어트 팝/소다 및/또는 커피/차를 얼마나 자주 마십니까?..... <input type="checkbox"/> 4 번 이상 <input type="checkbox"/> 3 번 <input type="checkbox"/> 2 번 <input type="checkbox"/> 1 번 <input type="checkbox"/> 안 마심 귀하의 자녀는 보통 하루에 물을 얼마나 자주 마십니까?..... <input type="checkbox"/> 4 번 이상 <input type="checkbox"/> 3 번 <input type="checkbox"/> 2 번 <input type="checkbox"/> 1 번 <input type="checkbox"/> 안 마심</p>		
<p>8. 자녀가 물을 주로 어디에서 섭취합니까? (해당되는 항목을 모두 선택하십시오) [425.8] <input type="checkbox"/> 도시/카운티 상수도 <input type="checkbox"/> 지방 상수도 <input type="checkbox"/> 개인 우물 <input type="checkbox"/> 병에 들은 물</p>		
<p>9. 귀하의 자녀는 물 이외의 음료를 젓병 또는 시피 컵(sippy cup)에 넣어 마십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 [425.3] 귀하의 자녀는 언제 물 이외의 음료를 젓병/시피 컵에 넣어 마십니까? (해당되는 항목을 모두 선택하십시오). <input type="checkbox"/> 밤에 침대에서 <input type="checkbox"/> 낮잠 잘 때 <input type="checkbox"/> 식사할 때 및 스낵을 먹을 때 <input type="checkbox"/> 하루 내내 젓병 또는 시피 컵을 들고 다님</p>		
<p>10. 귀하의 자녀가 비타민, 미네랄, 허브 또는 허브 식품보조제를 섭취합니까?..... <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 [425.7] [425.8] 예라고 답하였다면, 해당되는 항목을 모두 선택하십시오. <input type="checkbox"/> 어린이 복합비타민 <input type="checkbox"/> 철분 보조제 <input type="checkbox"/> 불소 보충제 <input type="checkbox"/> 허브 보조제 <input type="checkbox"/> 비타민 D <input type="checkbox"/> 기타: _____</p>		
<p>11. 귀하의 자녀는 보통 하루에 몇 시간 화면(TV, 컴퓨터, 비디오 게임, 휴대전화) 앞에 앉아 있습니까? <input type="checkbox"/> 안 봄 <input type="checkbox"/> 1 시간 미만 <input type="checkbox"/> 1 시간 <input type="checkbox"/> 2 시간 <input type="checkbox"/> 3 시간 <input type="checkbox"/> 4 시간 <input type="checkbox"/> 5 시간 이상 <input type="checkbox"/> 알 수 없음 귀하의 자녀는 보통 하루에 몇 분 (숨차거나 땀을 흘리는) 활발한 놀이/운동을 합니까? <input type="checkbox"/> 15 분 미만 <input type="checkbox"/> 15 분 <input type="checkbox"/> 30 분 <input type="checkbox"/> 45 분 <input type="checkbox"/> 60 분 (1 시간) <input type="checkbox"/> 90 분 (1.5 시간) 이상 <input type="checkbox"/> 해당 없음</p>		
<p>12. 귀하의 자녀가 지난 12 개월 동안 치과를 방문한 적이 있습니까?..... <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 [425.8] 귀하의 자녀에게 충치(젓병 충치 포함), 치아 손상, 잇몸 출혈, 치아 손실 및/또는 씹는데 어려움을 겪는 잘못 배열된 치아가 있습니까?..... <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 자녀가 불소가 함유된 치약으로 치아를 닦습니까?..... <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 잘 모르겠음</p>		

귀하의 CPA/영양사가 자녀의 식습관에 대해 말씀을 드리고 더 많은 질문을 드릴 것입니다.

본 기관은 평등한 기회를 제공합니다.